



Nr. _____

din data de _____

Cerere transfer fonduri membru Asociația CAR Sănătate București

Subsemnatul/a _____, Nr. Membru _____, cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, et. _____ ap. _____, jud/sect. _____, posesor BI/CI seria _____ nr. _____, elib. de _____ la _____, CNP _____, Tel. _____, Email _____ solicit ca suma de _____ RON depusă la fondul social propriu să fie transferată:

- ☐ în fondul social Traditional/Optional
- ☐ pentru achitare rată împrumut _____,

al membrului Asociației CAR Sănătate București:

Nume si Prenume: _____, Nr. Membru _____, cu domiciliul în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____, et. _____ ap. _____, jud/sect. _____, posesor BI/CI seria _____ nr. _____, elib. de _____ la _____, CNP _____, Tel. _____, Email _____

Data: ____/____/____

(numele, prenumele)

(semnătura)

Vizat C.F.P.
pentru suma de _____ **lei**
Data _____
ÎMPUTERNICIT,

SE APROBĂ/SE RESPINGE,
Consiliul Director

Președinte _____

Data _____

Sucursala _____